REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :

France . . . . 10f par an.
Étranger. . . . . 12 »

BUREAUX :

Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux;
pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Œdème aigu primitif des replis aryténo-épiglottiques,

par le docteur E.-J. MOURE.

(Suite) (1).

Si nous avons signalé l'observation du dernier malade chez lequel rien ne prouve qu'il se soit agi d'œdème aigu du larynx, plutôt que de corps étranger arrêté à la partie supérieure des voies digestives et respiratoires, et ayant déterminé après un séjour de quelque temps, l'éclosion d'accidents inflammatoires et peut-être d'abcès de cette région, comme semblerait l'indiquer le rejet de ces matières muco-purulentes décrites par l'auteur (2); si nous avons rapporté

(1) Voir le nº du 1er septembre.

(2) Cette observation semble se rapprocher de celle du docteur Lawrence résumée dans l'ouvrage de Sestier (loc. cit. p. 139), il s'agissait d'une femme de trente-trois ans qui pendant qu'elle mangeait, éprouva une gêne et un embarras très vifs à l'arrière-gorge, elle y porta son doigt, et il lui sembla éprouver une sensation de déchirure; toute la nuit elle fut extrêmement agitée et prise d'accès de suffocation; le lendemain, le docteur Lawrence aperçut en abaissant la langue, une tumeur grosse comme une cerise occupant le sommet du larynx, il survint un accès de suffocation et l'on prat qua l'incision de la membrane crico-thyroïdienne; aussitôt la canule introduite, la malade respira librement et vingt jours plus tard la guérison était complète. Il s'était agi dans ce cas d'une croûte de pain implantée à l'arrière-bouche.

ce fait, c'est que Andrew Smith l'a publié sous le titre d'*œdème aigu du larynx*, et que malgré le doute qui existe dans notre esprit à cet égard, nous avons préféré le soumettre à l'appréciation des lecteurs compétents en pareille matière.

On peut voir d'après le petit nombre de faits publiés jusqu'à ce jour (1), que *l'œdème aigu du larynx* est une affection rarement primitive. Dans toutes les observations que nous venons de rapporter, l'action prolongée du froid humide sur le corps épuisé ou même fatigué, avait suffi pour engendrer cette maladie ; une seule fois le début s'est fait sans cause bien appréciable (*Observat. d'Andrew Smith*, p. 3), mais nous venons de le dire, le diagnostic d'œdème aigu ne nous semble pas avoir été nettement établi.

M. le professeur Potain vient de publier récemment (*Gaz. des Hôpit.* du 5 août 1880) un cas d'œdème de la glotte ayant coïncidé avec une néphrite catarrhale, œdème dû au refroidissement ; c'était un malade couché au n° 1 de la Salle de St-Luc qui s'enrouait assez facilement ; cinq jours avant son entrée à l'hôpital étant atteint de bronchitte il prit froid, et éprouva bientôt après des accès d'étouffement et une vive oppression. Lors de son entrée on constate que l'inspiration est pénible, sifflante et l'expiration facile, la dyspnée s'exagère quand il se lève, fait un mouvement, un effort, ou qu'on lui abaisse la langue, etc. Le pharynx est rouge, l'examen laryngoscopique permet de voir l'orifice supérieur du larynx, l'épiglotte, et même une partie de l'intérieur du larynx ; mais il n'est pas facile de prolonger cet examen à cause des accès de suffocation. On reconnaît alors que l'épiglotte n'est pas très tuméfiée mais qu'elle est d'un rouge intense, rappelant la teinte de peau sur laquelle on a appliqué un vésicatoire. Les replis ary-épiglottiques font une saillie globuleuse, rétrécissant le calibre du larynx. Bien qu'il existe en même temps que les symptômes de laryngite œdémateuse des accidents de néphrite catarrhale, le savant professeur de l'hôpital Necker pense qu'il n'y a lieu d'établir aucun rapport entre les deux affections, et qu'il est plus ra-

(1) Nous avons fait des recherches assez complètes pour être persuadé que si quelques observations nous ont échappé (nous avons omis à dessein quelques cas cités par Sestier, mais non résumés), elles sont peu nombreuses, et nous serions plutôt porté à croire que bien des cas de cette nature observés surtout en France, n'ont jamais été livrés à la publicité, et par conséquent empêchent de se prononcer d'une manière définitive sur la fréquence relative ou la rareté de cette affection.

tionnel d'admettre que ces deux maladies sont survenues en même temps sous l'influence du froid qui a troublé les organes, qui pouvaient chez ce malade être plus facilement affectés.

L'influence du refroidissement sur la production de la laryngite œdémateuse idiopathique, est des plus nette et a déjà été notée par les différents auteurs qui se sont occupés de la question. C'est aussi la cause que nous invoquerons pour expliquer l'apparition des phénomènes morbides observés chez notre malade, *en y adjoignant* cependant, *une prédisposition toute spéciale* du sujet à contracter des inflammations de l'arrière-gorge, prédisposition bien accusée d'ailleurs, puisqu'il venait d'être atteint de *huit angines successives* pendant le même hiver, et peut-être les traces de la dernière phlegmasie n'avaient-elles pas entièrement disparu, lorsque reprenant son travail sans doute mal disposé ou fatigué par quelques excès, et chantant sur une scène où les courants d'air ne font jamais défaut, il a été atteint de pharyngo-laryngite catarrhale qui a rapidement déterminé une suffusion séreuse dans le tissu cellulaire lâche des replis aryténo-épiglottiques.

Cette observation est surtout remarquable par l'apparition presque instantanée de l'œdème du larynx, avec intégrité à peu près absolue de l'épiglotte.

L'examen laryngoscopique a non-seulement permis de constater, de visu, les lésions de l'organe vocal, mais il a aussi donné l'explication du peu d'intensité des symptômes présentés par le malade. En effet, malgré le gonflement assez considérable des replis ary-épiglottiques (*voir fig. 2*), l'ouverture de la glotte était encore suffisante pour le passage de l'air nécessaire à la respiration, et au lieu de présenter des phénomènes d'asphyxie, avec cette *inspiration siflante* et *difficile* caractéristique de l'œdème de la glotte, le patient éprouvait simplement une gêne à l'arrière-gorge, un besoin continuel d'avaler, et un peu d'essoufflement quand il voulait marcher ou monter des escaliers. La voix était altérée, car les deux replis œdématiés venant faire saillie dans l'intérieur du larynx, mettaient obstacle au rapprochement des deux cordes vocales pendant la phonation.

La marche de l'affection et sa disparition rapide n'offrent rien de bien remarquable, puisque d'après les statistiques de

Sestier (1), sur vingt-un cas d'angine infiltro-laryngée subordonnée à *l'inflammation aiguë de la gorge*, la durée a été de moins de vingt-quatre heures treize fois, de vingt-quatre à quarante-huit heures quatre fois, de deux à trois jours et demi trois fois, et enfin, de quatre jours une fois.

En résumé, les faits que nous venons de signaler suffisent pour montrer que *l'œdème aigu du larynx* est une affection réellement spéciale, ayant des caractères, des symptômes, une marche qui lui sont propres et qui permettent de lui assigner dans la pathologie laryngée une place distincte et bien différente de celle qui lui a été donnée jusqu'à ce jour dans la plupart des Traités de pathologie : « Le diagnostic de l'œdème de la glotte, dit M. Jaccoud dans son remarquable livre (2), est basé sur cette notion fondamentale, qu'il est *un accident secondaire* développé dans le cours d'une laryngite ou d'une maladie hydropigène. » L'œdème de la glotte ainsi défini n'est plus une affection idiopathique, c'est un épiphénomène que l'on doit décrire avec les complications des maladies susceptibles de lui donner naissance, d'autant plus que l'œdème du cancer, de la syphilis, de la tuberculose, etc., diffèrent essentiellement entre eux, par leur mode d'apparition, leur marche, et l'aspect sous lesquels ils se présentent dans le miroir laryngien.

Le chapitre œdème du larynx devrait selon nous, être réduit à l'affection primitive, suraiguë ou aiguë, développée sous l'influence des causes signalées plus haut (brûlures, traumatismes, refroidissements, etc., etc.), et ayant des caractères et *surtout une marche franchement aiguë*, comme dans l'observation que nous venons de rapporter au commencement de cet article.

Dr E.-J. Moure.

(1) Loc. cit., p. 181.
(2) Jaccoud, *Traité de path. int.* (Paris, 1873, p. 785, t. I).

Du traitement de l'angine arthritique chronique par les préparations de Pin Mugho

Par J. Baratoux.

L'usage médical des substances balsamiques date des premiers âges de la médecine. Déjà Hippocrate en avait fait d'utiles applications, Galien et d'autres médecins de l'antiquité avaient préconisé les résines dans un certain nombre

de maladies, surtout dans celles que l'on désigne sous le nom de catarrhe des organes respiratoires et des voies urinaires.

L'efficacité de cette pratique consacrée par un usage séculaire est expliquée par la physiologie moderne : En effet, il est admis que la partie volatile des térébenthines est éliminée par la muqueuse pulmonaire qu'elle modifie à son passage, tandis que la partie résineuse, après avoir subi certaines transformations, agit à la fois sur la muqueuse vésicale et sur la composition des urines qui exhalent l'odeur de la violette (Gubler).

Parmi les conifères qui produisent des résines propres à l'usage médical, il en est un trop peu connu qui mérite cependant d'occuper un rang distingué dans la thérapeutique : c'est le pin du mont Glandaz, appelé Pin Mugho (*Pinus Mughus*, des botanistes).

Ce conifère ne le cède en rien à ses congénères en vertus médicinales ; c'est le plus riche en principes résineux. La gaine duvetée en regorge; il y a dans ce pin une sorte de pléthore résineuse qui en fait éclater les bourgeons et les racines; on dirait en voyant ces cônes si luisants de térébentine, qu'ils ont été enduits d'un vernis.

La résine du Pin Mugho exhale une odeur comparable à celle du baume du Pérou, et sa saveur est si agréable que les paysans du mont Glandaz en mâchonnent toute la journée.

Le docteur Bonnefond, frappé des résultats remarquables obtenus par les bains de vapeurs thermo-résineuses chez les arthritiques, et guidé du reste par l'analyse chimique, a réalisé plusieurs préparations à l'instar de celles déjà fournies à la thérapeutique par les agents similaires; mais elles ont sur celles-ci l'avantage d'offrir certaines qualités spéciales.

A la clinique des maladies du larynx du docteur Cadier, nous avons eu recours à plusieurs préparations du docteur Bonnefond, entre autres à l'alcoolature et aux capsules de Pin Mugho.

L'alcoolature contient par gramme 56 milligrammes d'extrait alcoolique, composé de résine et d'un peu d'huile essentielle.

Nous l'avons employé à la dose de 15 à 30 gouttes par jour dans un peu d'eau sucrée dans les angines et laryngites arthritiques chroniques.

Les capsules dont nous nous sommes servis dans les mêmes cas, ont comme véhicule l'huile et l'éther, et contiennent des huiles essentielles en assez grande quantité.

De plus, nous ordonnons aussi de faire des pulvérisations avec l'alcoolature de Pin Mugho à la dose 15 à 25 gouttes pour une pulvérisation. Enfin, nous touchons les parties malades avec un pinceau trempé dans l'alcoolature de Pin Mugho.

Ce traitement suivi pendant quelques mois ne tarde pas à produire des modifications avantageuses de l'appareil respiratoire, ainsi que le prouve l'observation suivante :

P... (Gabriel), quarante-huit ans, est venu consulter le docteur Cadier le 3 octobre 1878.

Ce malade ne présente aucun antécédent tuberculeux. Il a une constitution forte et robuste, un facies coloré surtout au niveau des pommettes et des ailes du nez. Son embonpoint est assez considérable, et depuis plusieurs années, son poids n'a guère varié : il est de 92 kilogrammes environ.

Depuis un certain temps ce malade tousse tous les hivers, mais son état général est toujours resté excellent. Il éprouve fréquemment de la dyspnée qui s'exagère sous l'influence du moindre effort.

Le pharynx présente une coloration rouge brique et une dilatation variqueuse de ses vaisseaux. Sa surface est sèche et recouverte de quelques mucosités qui lui sont très adhérentes. La face postérieure de l'épiglotte est rouge ; la corde vocale gauche est épaissie et rouge surtout dans le tiers postérieur, où l'on trouve un petit noyau d'induration qui limite la rougeur. En avant, la corde vocale droite est un peu moins épaissie ; la commissure postérieure présente l'aspect velvétique.

La poitrine du malade est globuleuse. On constate à la percussion, de la sonorité exagérée à gauche, et à l'auscultation de la rudesse de l'expiration avec quelques râles de bronchite ; en outre, les deux temps de la respiration sont égaux.

On lui prescrit matin et soir :

15 gouttes d'alcoolature de Pin Mugho et pulvérisations avec autant de gouttes du même médicament.

Deux fois par semaine on porte directement sur les cordes vocales, de l'alcoolature de Pin Mugho.

Au bout de six semaines, on constate une amélioration notable : la sécheresse et l'inflammation du pharynx ont disparu; l'expectoration a cessé ainsi que l'oppression : le malade peut monter facilement les escaliers.

Le 13 janvier, la rougeur du pharynx a beaucoup diminué; l'épaississement des cordes vocales est aussi moins prononcé. Les deux temps de la respiration sont encore égaux, mais les râles ont presque entièrement disparu.

Enfin, quand le malade cesse son traitement, c'est-à-dire à la fin de mars, le pharynx ne présente plus la sécheresse du début; mais la coloration rouge existe encore, moins foncée cependant que primitivement. Le bord libre des cordes vocales est légèrement rougeâtre, l'épaississement des cordes et l'aspect velvétique de la commissure postérieure n'existent plus.

Ainsi donc, un traitement de quelques mois par le Pin Mugho, a pu amener une amélioration très sensible dans l'état de notre malade qui était atteint d'angine arthritique depuis un certain nombre d'années; mais le traitement local n'eut pas été suffisant pour obtenir un pareil résultat, si le traitement général avait été négligé, car nous avions à traiter une des manifestations d'une diathèse : une angine chronique chez un arthritique.

J. Baratoux.

Corps étrangers de l'oreille

Par le Dr E.-J. Moure.

La présence de corps étrangers dans le conduit auditif (cailloux, noyaux de cerise, perles, coton, insecte même), est loin d'être une rareté pathologique, et bon nombre de praticiens pourraient en rapporter des exemples, de même que beaucoup d'otologistes pourraient citer plusieurs faits de cette nature terminés par la mort du sujet, grâce à une intervention chirurgicale malencontreuse et bien souvent inutile. « Je me rappelle très bien, dit Trœltsch (1), deux cas de ma propre pratique : une jeune bonne vint me réveiller au milieu de la nuit, pour me raconter en pleurant que dans la journée, un perce-oreille (*forficula auricularis*) avait pénétré dans son oreille et qu'on avait essayé de l'en faire sortir avec une

paille; *heureusement*, un étudiant en médecine qui restait dans la maison, avait eu la bonté d'extraire la bête au moyen d'une pince; mais, comme des douleurs vives s'étaient manifestées au milieu de la nuit, la pauvre fille était convaincue que l'insecte n'était pas sorti. J'examine l'oreille avec le miroir, je n'y trouve pas d'insecte, mais un conduit et une membrane du tympan rouges et enflammés par suite des tentatives d'extraction. *L'autre cas est plus grave :* Un jeune homme de la campagne introduit un soir, en plaisantant, dans l'oreille de sa maîtresse, une boulette de pain qu'il ne peut plus retirer. On va trouver le médecin qui se *hâte d'employer ses pinces* et de faire même des injections d'eau froide; ce n'est qu'à la suite d'une hémorrhagie qu'il cessa ses manœuvres que la jeune fille ne supportait d'ailleurs plus, tant elles étaient douloureuses.... Malgré un traitement antiphlogistique énergique, l'inflammation consécutive ne cessa point, il se forma plusieurs abcès sous-cutanés dans la profondeur du conduit, et les accidents tant locaux que généraux, me firent craindre pendant plusieurs jours une terminaison funeste. Vous avouerez, ajoute-t-il, que pour une boulette de pain, c'est beaucoup trop. » A ces deux observations, nous pourrions ajouter les faits analogues rapportés par Triquet (2), Toynbee (3), Hubert-Valleroux (4) Bonafont (5), Miot (6), etc., etc., qui montrent tous les dangers pouvant résulter des essais d'extraction auxquels on a l'habitude de se livrer, avant même d'avoir constaté la présence du corps étranger dans le conduit et d'avoir essayé de déterminer avec l'otoscope son volume et sa situation dans l'oreille.

Une discussion s'éleva en 1868, au sein de la société de chirurgie (7), pour savoir le meilleur moyen à employer dans les cas de corps étrangers du conduit auditif, et MM. Marjolin, Guersant, Demarquay, Boinet, Giraldès et Chassaignac, furent tous unanimes à déclarer que les injections dans l'oreille à l'aide d'une forte seringue, étaient le moyen le plus

(1) *Traité prat. des mal. de l'oreille* (Paris 1870, p. 469).
(2) *Traité prat. des mal. de l'oreille* (Paris 1857, p. 167).
(3) *Maladies de l'oreille* (Paris 1874, p. 58, observ. VI).
(4) *Essai théor. et prat. sur les mal. de l'oreille* (Paris 1846, p. 340, observation empruntée à F. de Hilden).
(5) *Traité théor. et prat. des mal. de l'oreille* (Paris 1860, p. 162, observation V et VI).
(6) *Traité prat. des mal. de l'oreille* (Paris 1871, p. 143).
(7) *Gaz. Hopit.*, 14 mai 1868, nº 60.

sûr et le plus inoffensif pour obtenir ce résultat. La plupart des otologistes sont d'accord sur ce point, et pour n'en citer qu'un seul, nous laisserons la parole à M. Miot (1) : « Quand le corps étranger est dans la portion externe du conduit, il arrive bien souvent qu'il se trouve dans la portion fibro-cartilagineuse, *lorsqu'on n'a pas encore fait de tentatives pour l'extraire*. Alors l'extraction en est toujours facile. Mais *ordinairement on a cherché à l'enlever, et pendant cette opération il a été poussé dans la portion osseuse* près du tympan, sans avoir produit de désordres.

» Dans ce cas, l'extraction devient laborieuse si l'on emploie des instruments; mais si l'on a recours à une irrigation d'eau tiède, on opère sûrement la plupart du temps, sans craindre la rupture du tympan. Cependant, je ne veux pas dire que la membrane du tympan résisterait à un jet d'eau poussé avec un appareil puissant.

» Les irrigations d'eau tiède nous fournissent donc le moyen le plus simple et le moins dangereux d'extraire les corps étrangers. »

C'est en effet le procédé que nous avons toujours employé avec succès, et encore récemment chez trois de nos malades. Cependant, il pourra arriver que l'on ait à faire soit à des corps étrangers se gonflant par l'humidité, comme dans les deux observations rapportées par M. Després (2) où il s'agissait d'un haricot, soit à des corps étrangers ayant perforé le tympan à la suite d'essais d'extraction mal dirigés, ou de corps enclavés dans le conduit; dans ces cas il faudra user de toutes les précautions possibles. Après avoir éclairé fortement le conduit, pour ne pas marcher à l'aventure, on pourra employer soit la curette de Leroy d'Etiolles modifiée par Richet, soit la pince coudée, soit un crochet disposé suivant les besoins du moment, soit enfin une anse métallique, ou le moyen qui paraîtra le plus convenable suivant la forme, la consistance et la position du corps étranger introduit dans l'oreille. Dans quelques cas, il suffira d'éloigner le corps du délit d'une des parois du conduit auditif, pour permettre à l'eau de l'injection de passer par derrière, et de le ramener au dehors; s'il existe des symptômes inflammatoires, il faudra commencer par les combattre à l'aide d'un traitement antiphlogistique.

(1) *Loc. cit.*, p. 150.
(2) *Gaz. Hopit.*, 3 mai 1873, n° 51.

Nous avons dit que nous venions d'observer trois cas de corps étrangers de l'oreille, nous allons en résumer brièvement les observations :

Observation I. — Le 2 juillet dernier, madame X... vint me consulter pour son enfant âgé de 9 ans qui venait, disait-elle, de s'introduire en s'amusant, un caillou dans l'oreille gauche. On avait déjà présenté l'enfant à un médecin de la ville, qui avait fait quelques essais d'extraction restés infructueux. L'enfant ne put me donner aucun détail sur les formes et les dimensions du caillou qui était, croyait-il à l'entrée de l'oreille. A l'examen avec le miroir, il me fut facile d'apercevoir le corps étranger qui avait été repoussé dans la portion osseuse du conduit, tout près de la membrane du tympan. L'enfant ne se plaignait d'aucun symptôme. Je me mis alors en devoir de pratiquer l'extraction à l'aide d'une injection d'eau tiède dans l'oreille. Après avoir fait tenir la tête de l'enfant inclinée du côté de l'oreille obstruée, je dirigeai le jet d'une pompe de Ménière (jet modéré) dans l'intérieur du conduit, et quelques minutes après le corps étranger sortait de l'oreille du patient.

C'était en effet un caillou oblong, à angles saillants et pointus, qui pendant le moindre effort d'extraction aurait pu facilement perforer le tympan, et causer les graves accidents qui en sont parfois la conséquence.

Observation II. — Le deuxième fait est relatif à un petit enfant de cinq ans qui me fut amené le 10 juillet pour une surdi-mutité, et chez lequel l'examen de l'oreille révéla dans le conduit auditif du côté droit, la présence d'un bouchon de cérumen, et derrière celui-ci l'existence d'une graine de blé noir qu'il me fut encore très facile d'extraire à l'aide d'une injection d'eau tiède. Le corps étranger était situé à l'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse du conduit qu'il obstruait entièrement. Je dois ajouter du reste, que l'ouïe du malade ne fut nullement améliorée après cette extraction.

Observation III. — Enfin, la troisième observation se rapporte à un enfant de 13 ans, S..., qui vint me consulter le 3 août dernier pour une douleur qu'il éprouvait au niveau de l'oreille gauche, douleur sourde, très légère, augmentée par la pression en avant de l'oreille, et par la traction du pavillon en arrière. L'ouïe était sensiblement diminuée de ce côté; en effet, tandis que ma montre était perçue à 0,10

centimètres du côté droit, il fallait la mettre au contact de l'oreille gauche, pour que le tic tac fût entendu. La perception crânienne était bonne des deux côtés, sur le frontal et les temporaux. L'enfant se plaignait aussi de bourdonnements qu'il comparaît au bruit de la mer ou d'un coquillage. L'examen de l'oreille révéla la présence d'un corps étranger blanchâtre, dans le conduit auditif du côté gauche. Une injection d'eau tiède faite dans ce conduit avec la pompe de Ménière, détermina sa sortie. C'était un *bouton de chemise blanc*, que le malade ne se souvenait pas avoir introduit, ou laissé mettre dans son oreille. Le lendemain, les douleurs avaient disparu, l'ouïe s'était un peu améliorée, l'audition à la montre était de 0.04 cent. du côté gauche, mais il existait aussi des symptômes de catarrhe des trompes pour lesquelles le cathétérisme me donna les résultats habituels en pareil cas, au point que le 10 août après deux séances de cathétérisme, l'audition était :

Or. dr.........	0 40 cent.
Or. G.........	0 27 cent.

Le malade ne donnait que des renseignemeuts peu précis sur la manière dont il entendait les vibrations du diapason placé sur son vertex.

Dr E.-J. Moure.

Congrès de Reims

Du rôle physiologique de la trompe d'Eustache. — Dans un précédent mémoire lu à l'Académie de Médecine (mars 1880), M. Fournié s'appuyant sur l'anatomie et sur l'expérimentation physiologique, avait démontré :

1° Que la trompe est toujours béante et en communication directe avec l'air contenu dans le pharynx;

2° Que les muscles tubaires (péristaphylins interne et externe, faisceau du pharyngo-staphylin) sont destinés par leur contraction, à fermer la trompe et non à l'ouvrir, comme on le professe.

Désirant répondre à ceux qui prétendent que l'ouverture permanente de la trompe serait un danger pour la membrane du tympan et en même temps une mauvaise condition pour

l'ouïe, à cause de la pénétration incessante des ondes sonores dans l'oreille moyenne par le conduit tubaire, M. Fournié a institué les expériences suivantes :

Il a démontré d'abord, au moyen de sondes dont le diamètre intérieur varie de 1 à 4 millimètres, que le tic tac d'une montre, fort bien entendu à travers la sonde qui a 4 millimètres de diamètres, ne l'est pas à travers la sonde qui n'a qu'un millimètre. Or, les trompes se trouvant dans les conditions de cette dernière, car elles n'ont sur une partie de leur étendue qu'un millimètre de diamètre, il s'ensuit que les sons qui se produisent dans le corps, les sons de la voix et autres, ne sont pas entendus à travers le conduit de la trompe.

Dans une seconde expérience, M. Fournié a démontré, au moyen d'un dispositif de flacons et de tubes capillaires, que le gaz de l'éclairage, même soumis à une certaine pression, ne traverse pas un tube capillaire, si ce tube est fermé à un de ses bouts. Or, comme c'est le cas de l'oreille moyenne et du conduit de la trompe, l'auteur en a conclu que la trompe étant un conduit capillaire fermé à un de ses bouts, l'on n'est pas autorisé à craindre que les mouvements expiratoires violents soient un danger pour le tympan, en admettant que la trompe est toujours ouverte.

Cette même expérience sert à prouver que l'air ne peut traverser les trompes d'Eustache que sous l'inuflence d'une certaine pression, et comme cette pression ne peut être exercée que par les muscles tubaires, il s'ensuit, comme l'affirme M. Fournié, que les muscles exercent une action *constrictive* sur la trompe, et non une action *dilatatrice*, comme on le professe généralement.

M. Lœvenberg pense q 'avant de discuter le rôle assigné par M. Fournié à la trompe d'Eustache, il faut d'abord vérifier si ce conduit est béant. M. Lœvenberg considère pour sa part la lumière de la trompe comme habituellement effacée par l'accollement de ses parois, et il appuie son opinion sur les expériences de MM. Kessel et Mact, sur les siennes, et sur certains phénomènes observés dans la pratique (mouvements respiratoires du tympan). Il considère de plus l'occlusion habituelle de la trompe comme une nécessité physiologique, car il lui semble inadmissible que les mêmes ondes sonores puissent venir frapper simultanément les deux faces dn tympan (par le conduit auditif et par la trompe) sans annihiler

toute vibration de cette membrane par le fait de l'interférence des mouvements ondulatoires.

Quant à l'écoulement des ondes sonores, nous savons par expérience que le conduit remplit parfaitement ce rôle.

Pour ce qui concerne les bruits produits dans l'intérieur de la tête, qui s'écouleraient au-dehors par la trompe de façon à ne pas être perçus, M. Lœvenberg suppose que les plus importants de ces bruits, ceux qui résultent des battements artériels, ne nécessitent en aucune façon un organe d'amortissement. Nous ne percevons pas ces bruits, parce que dès le début de notre existence, il s'établit une accoutumance normale, car, ajoute-t-il, nous ne recevons point d'impression lumineuse à chaque ondée sanguine que le cœur envoie dans la rétine.

Parasites végétaux de l'oreille au point de vue étiologique, prophylactique et thérapeutique. — M. Lœvenberg établit que l'otomycosis est la suite du développement des moisissures du genre aspargyllus dans le conduit auditif sur la membrane du tympan, et, au cas de sa perforation, dans la caisse. Elle provoque la surdité, des bourdonnements, des écoulements, des élancements, etc. — La maladie est quelquefois très tenace. Elle est souvent produite par des corps gras, ainsi que par des injections de certaines solutions, fournissant, soit en rancissant, soit en se gâtant, un aliment aux champignons. Comme traitement, M. Lœvenberg conseille des parasiticides ainsi que l'ébullition des liquides servant aux injections.

Il montre l'analogie qui existe entre cette affection et ses causes, et certaines maladies d'autres appareils que celui de l'ouïe, la *mycosis de la cornée* par exemple.

Spasme de la glotte d'origine hystérique. — D'une observation de spasme grave chez une hystérique qui faillit amener la trachéotomie, et après lecture d'un travail sur une variété de spasme laryngien d'origine hystérique pouvant faire croire à un rétrécissement véritable de la trachée, M. Gouguenheim conclut ainsi :

L'aphonie nerveuse accompagne aussi bien le spasme que la paralysie glottique. Quand le spasme glottique est léger, il peut passer inaperçu, et alors les troubles vocaux sont le symptôme dominant de l'affection laryngienne. L'examen laryngoscopique est alors le seul moyen de reconnaître si l'aphonie est symptômatique d'un spasme ou d'une parésie

musculaire. Le spasme grave de la glotte, chez les hystériques, est parfois aussi redoutable que le spasme infantile. C'est une complication très rarement observée. Il a pu causer la mort, ou tout au moins il a pu nécessiter la trachéotomie. Cette dernière résolution peut être prise chez des sujets dont les antécédents sont inconnus, et chez lesquels le spasme peut simuler une laryngosténose de nature organique. Des moyens anodins, tels que l'application de révulsifs à la partie antérieure du cou, ou même l'imminence et les apprêts d'une trachéotomie, peuvent amener la sédation presque définitive de l'accès. Il faudra toujours penser à un accident de ce genre chez une femme dont les antécédents seront inconnus; et, préalablement à une opération d'urgence, pratiquer l'opération laryngoscopique.

M. Blondeau pense que, dans des cas semblables à celui de M. Gouguenheim, on pourrait employer avec avantage les inhalations de chloroforme données jusqu'à résolution musculaire.

Revue Bibliographique.

Manuel de Laryngoscopie et de Laryngologie (1)

Par le Dr CADIER.

Résumé de son cours à l'école pratique de la Faculté de Médecine de Paris en 1878 et en 1879; avec 23 figures dans le texte.

—

Depuis l'application de l'éclairage artificiel à l'examen du larynx les progrès de la laryngologie ont été très rapides; aussi les traités publiés il y a une quinzaine d'années ne sont plus au niveau des connaissances actuelles; et si, depuis cette époque, beaucoup de monographies et de thèses ont paru sur ce sujet, aucun traité complet n'a été publié en France depuis les articles des deux dictionnaires de médecine en 1868.

(1) Paris. V. A. Delahaye et Emile Lecrosnier, lib.-édit., place de l'Ecole de Médecine. 1880.

Le Manuel du Dr Cadier, résumé de son cours des maladies du larynx, permettra à tout médecin de se familiariser avec les progrès réalisés dans la laryngologie.

Il nous serait impossible de faire un compte-rendu de ce traité, nous ne pouvons qu'en signaler les passages importants, tout en donnant un aperçu des idées originales de l'auteur.

Après avoir fait l'historique du laryngoscope et avoir décrit son instrument, M. Cadier arrive aux diverses classifications proposées jusqu'à ce jour. Il combat la classification anatomique basée sur la seule lésion locale, et suivant les jalons, posés par le professeur Laségue, et par Isambert son ancien maître, il admet dans un grand nombre de cas, les affections laryngées comme des manifestations d'états morbides généraux.

Dans ce chapitre de la classification, l'auteur passe rapidement en revue les différentes classes d'affections, donne en quelque sorte les caractères généraux de chacune et expose ses idées sur la non existence de l'angine herpétique chronique comme entité morbide. Pour lui, toutes les observations publiées sous ce titre rentreraient, les unes dans l'angine arthritique, les autres dans l'angine strumeuse.

Les chapitres suivants sont consacrés aux maladies aiguës inflammatoires et catharrhales ainsi qu'aux angines localisées liées aux maladies aiguës.

La marche rapide de ces affections et l'état fébrile qui les accompagne, empêchent le plus souvent de faire l'examen laryngoscopique; aussi, l'auteur passe-t-il rapidement sur les signes, pour s'occuper surtout de leur traitement.

M. Cadier n'admet pas l'existence des ulcérations dans l'angine catarrhale aiguë, quand on en trouve, c'est que l'on a affaire à une poussée aiguë chez un sujet affecté antérieurement d'angine chronique.

Les angines catarrhales chroniques sont étudiées assez longuement, et l'asynergie des cordes vocales, maladie si fréquente chez les chanteurs et chez les orateurs, y est traitée d'une manière toute spéciale.

L'auteur admet une angine herpétique aiguë, accompagnée d'herpès-labialis. Quant à la forme subaiguë, beaucoup d'auteurs la considèrent comme une fièvre éruptive, « mais cette opinion, quoique présentant d'assez grandes probabilités, demande à être confirmée. »

Pour la diphthérie, la trachéotomie doit être faite dès que surviennent les accidents asphyxiques du croup. L'auteur conseille l'opération en un temps avec un bistouri cannelé sur le dos, ce qui sert d'un côté à faire entendre le sifflement de pénétration dans la trachée, et d'un autre côté à introduire le dilatateur dans les tube aérien. Il insiste aussi beaucoup sur les soins consécutifs de l'opération.

L'étude des angines diathésiques est faite avec beaucoup de détails.

Angine syphilitique. — L'auteur admet l'existence des plaques muqueuses sur les cordes vocales avec des caractères moins nets que sur les parties moins profondes.

Angine strumeuse. — Elle n'est bien connue que depuis peu d'années par les travaux d'Isambert et par les thèses des élèves du Dr Cadier. Son caractère principal est sa marche torpide. Relativement au traitement, signalons l'emploi d'une solution alcoolique de tayuya, qui a donné de bons résultats à M. Cadier.

La *Phthisie laryngée* est très bien étudiée et son évolution décrite avec beaucoup de clarté. Le traitement local par la glycérine créosotée préconisé depuis plusieurs années par l'auteur, est assurément celui qui jusqu'à ce jour, lui a donné les meilleurs résultats. Comme traitement général, il emploie aussi les préparations créosotées.

L'angine arthritique, dont l'existence et les caractères n'ont jusqu'à ce jour été posés dans aucun traité, y est étudié avec un soin tout particulier, et grâce à la netteté des indications posées sur les caractères de cette maladie, il est probable que l'étude complète de son évolution ne tardera pas à être terminée, malgré les difficultés que présente son évolution irrégulière par poussées successives. Le traitement par les modificateurs généraux et par les différentes préparations de pin Mugho est le complément indispensable du traitement local.

Les deux derniers chapitres sont consacrés à l'étude des névroses, des polypes et des cancers.

Ce manuel se termine par une bibliographie complète des travaux publiés jusqu'à ce jour, ce qui facilitera les recherches de tous ceux qui voudront s'occuper de laryngologie.

Enfin, un atlas comprenant six planches en noir, montre les instruments dont l'auteur se sert pour ses diverses opérations.

En résumé, ce Manuel permettra à tout étudiant ou à tout médecin de se familiariser rapidement avec l'étude des maladies du larynx, car on voit qu'il est fait dans un but essentiellement pratique, et consacré surtout à l'étude du diagnostic et du traitement des maladies du larynx; aussi croyons-nous qu'il est destiné à vulgariser l'étude de la laryngologie, en permettant à tout médecin d'arriver facilement à faire le diagnostic et le traitement des affections de l'appareil vocal.

Contribution à l'étude des surdités d'origine nerveuse.

Par J. Miomandre.

L'auteur ayant recueilli une observation de surdité d'origine nerveuse sans lésion de l'appareil auditif, a eu l'idée de rechercher les faits analogues publiés jusqu'à ce jour, pour en faire une étude qu'il a prise comme sujet de thèse inaugurale.

La surdité est ou primitive, c'est-à-dire produite par une paralysie primitive des centres nerveux et des nerfs de l'audition, ou consécutive à une autre lésion de l'organisme. Dans le premier cas, on peut la rencontrer dans l'aliénation mentale et dans l'hystérie; dans le second, elle se produit comme complication de l'anémie, de la dyspepsie, et de la présence des vers intestinaux dans le tube digestif. Mais la surdité d'origine nerveuse ne s'accompagne jamais de lésions anatomo-pathologiques; l'auteur la rapporte à un trouble dans la vascularisation des centres nerveux de l'audition, trouble qui amènerait une anémie de ces centres par spasme des capillaires de cette région, de telle sorte que les éléments nerveux ne recevant qu'une quantité de sang trop faible, et n'étant nourris qu'insuffisamment, cesseraient leurs fonctions.

« Un enfant de douze ans devient sourd subitement sans cause connue; il n'a pas conscience de sa maladie. A la suite d'un coup sur la tête il recouvre l'ouïe, mais à partir de ce moment il a une perte complète de la mémoire. » Telle est l'observatian qui a fourni à l'auteur le sujet de ce travail. Il a ajouté, en outre, cinq observations d'Itard liées aux états que nous citons plus haut comme cause de surdité nerveuse sans lésion; il relate aussi le cas de Churchill,

dans lequel la perte de l'ouïe s'était montrée dans le cours d'une grossesse pour disparaître complétement à la suite de l'accouchement.

Enfin on y trouve deux observations de Max-Hubrich, dans lesquelles la surdité nerveuse a été suivie d'une lésion des centres nerveux de l'audition.

Ce travail est intéressant au point de vue de l'explication que donne l'auteur, de la surdité produite par l'anémie des centres nerveux de l'audition.

J. Baratoux.

Revue de la Presse française

Portion flaccide de la membrane du tympan. — « Tous les anatomistes français, dit M. le professeur Coyne, décrivent la membrane du tympan comme si elle était constituée par un feuillet mince et résistant, également tendu dans toutes les parties de la paroi de la caisse qu'elle limite au-dehors. Il n'en est rien, et tous ces auteurs ont laissé une disposition anatomique importante, déjà signalée en Angleterre et en Allemagne par Schrapnell, et sur laquelle l'attention, à notre avis, n'a pas été suffisamment attirée en France »

L'auteur veut parler de la zone du tympan connue en Angleterre sous le nom de membrane flaccide de Schrapnell, située au pôle supérieur de la membrane, au-dessus de la saillie formée par la courte apophyse du marteau. Cette zone, de forme triangulaire, a sa base sur la partie manquante de l'anneau tympanique, et son sommet sur la grosse et courte apophyse du marteau. Cette portion du tympan aurait, d'après M. Coyne, une structure différente de celle du reste de la membrane, au lieu des trois couches qui existent normalement, on ne trouverait à ce niveau que *la couche cutanée* et *la couche muqueuse*, l'intermédiaire ou fibreuse faisant complètement défaut.

Cette disposition serait un vestige de l'état embryonnaire. La base du triangle formé par cette portion de la membrane serait de 4 à 5 millimètres en moyenne, les petits côtés ne représentant que 2 millimètres 1/2, à 3 millimètres en moyenne, et l'antérieur, moins étendu, ne dépasse pas 2 millimètres, et souvent même 1 millimètre 1/2. La perpendiculaire

abaissée de la courte apophyse du marteau mesurant 2 millimètres 1/4.

Bien que cette couche du tympan ne soit composée que d'une zone muqueuse et d'une zone cutanée, à l'état sain, elle résiste mieux que le reste de la membrane aux changements de pression brusques et violents (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux,* 28 août 1880, n° 13).

De l'action des courants électriques continus sur certaines affections de l'oreille interne par le Dr Ladreit de Lacharrière. — Frappé des divergences d'opinions des différents observateurs qui s'étaient occupés de l'application de l'électricité aux affections de l'oreille, M. le Dr Ladreit de Lacharrière a pensé que l'action du grand sympathique sur l'oreille était plus considérable qu'on ne l'a écrit jusqu'à ce jour, et que bon nombre d'états pathologiques étaient liés à un trouble du système vaso-moteur.

Après avoir rappelé l'expérience de Claude Bernard sur la section ou la piqûre du ganglion supérieur du grand sympathique qui produit du même côté une turgescence sanguine de l'oreille, l'auteur ajoute : « Ce sont les congestions vaso-paralytiques qui nous permettent de comprendre un certain nombre d'états morbides de l'oreille que, ni l'aspect de la membrane du tympan ou de la chaîne des osselets ne pourraient justifier. L'application des courants électriques dans ces conditions, en réveillant la contractilité des parois vasculaires, fait cesser cette sorte de stase sanguine et de congestion passive. Pour pratiquer l'électrisation de l'oreille, il est inutile de traverser le tympan avec une aiguille à acupuncture, comme le dit M. Bonnafont, ou de remplir le conduit auditif d'eau, pour y plonger un rhéophore métallique, tandis que l'autre rhéophore est appliqué sur la nuque; il suffira d'employer des rhéophores mamelonnés au centre dont la saillie viendra remplir l'orifice du conduit auditif. Après les avoir mouillés, on les maintient appliqués sur les deux oreilles avec un double ressort disposé à cet effet.

On pourra employer douze à quatorze éléments de la pile de Gaiffe à courants continus, en augmentant graduellement la force du courant : une séance de cinq minutes sera suffisante. Les courants électriques continus, utilisés de cette manière, deviennent un moyen thérapeutique très efficace pour modifier les états pathologiques, caractérisés par une congestion passive du labyrinthe due à l'affaiblissement des

nerfs vaso-moteurs; ils peuvent faire cesser les bourdonnements et les vertiges qui les accompagnent, rétablir même l'audition. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, septembre 1880).

Ulcération du nez simulant un cancroïde. — Il s'agit d'un homme de soixante ans atteint d'une ulcération indolente de l'extrémité du nez, ayant amené une perte de substance dans cette région, et même déterminé une altération de la cloison. Elle datait de l'hiver et s'était déjà produite autrefois. Elle n'était accompagnée *d'aucune induration*, mais les parties voisines étaient rouges, *et leur températnre était notablement abaissée*. Elle serait, dit M. Besnier, le résultat d'un trouble vaso-moteur local, une véritable engelure ulcérée, les bords du pavillon de l'oreille du malade ont du reste été détruits de la même manière.

Il faut ici employer non les caustiques, mais les excitants susceptibles de déterminer les bourgeonnements des surfaces ulcérées. (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, septembre 1880).

Revue de la Presse Étrangère

Rupture de la membrane du tympan. — Le Dr Cornelius R. Agnew, M. D., rapporte l'observation d'un malade, M. Lynch, âgé de trente-quatre ans, qui dans une rixe avec un ami, ayant reçu un faible soufflet sur l'oreille droite éprouva aussitôt un grand bruit dans la tête et entendit très peu avec cette oreille. Il avait déjà depuis longtemps perdu en partie l'ouïe du côté gauche. Aussitôt après l'accident, le malade se fit une injection d'eau chaude dans l'oreille.

Il entend la montre à une distance de six pouces au lieu de quarante-huit, distance à laquelle devrait l'entendre une oreille normale.

A l'examen du tympan, au lieu d'apercevoir le manche du marteau partant de la périphérie du cadre tympanique, et le triangle lumineux, on voit une surface rouge, irrégulière, et juste derrière le manche du marteau, une ligne blanchâtre occupant le milieu d'un petit gonflement rouge, qui est très probablement la blessure occcasionnée par le soufflet donné sur l'ouverture du conduit auditif externe; l'air contenu dans ce dernier ayant été brusquement comprimé, a déterminé la rupture du tympan, et l'inflammation traumatique qui en a été la conséquence. L'auteur pense que ces cas ne sont pas très fréquents, il condamne le procédé employé par le malade aussitôt après son accident, « l'injection d'eau chaude, »

qui peut dans quelques cas faire l'office de corps étranger; il faut laisser les bords de la plaie en contact, sans les irriter par l'application de substances étrangères; ces sortes de plaies ayant une tendance naturelle à guérir, il suffira de mettre un peu de coton à l'entrée du conduit sans le bourrer ni le tasser, en conseillant au malade d'éviter le bruit. S'il survient des symptômes inflammatoires (myringite, otite externe), appliquer quelques sangsues à la base du tragus; si la douleur persiste, donner huit ou dix gouttes de la solution de morphine de Magendie et laisser l'organe dans un repos absolu; et enfin, si ce symptôme ne disparaît pas, employer alors l'eau tiède à l'aide d'une éponge sur le conduit auditif, car les bords de la plaie sont assez tuméfiés pour empêcher l'eau de pénétrer dans l'intérieur de l'oreille (*Médic.-Record,* New-York. August. 14. 1880, p, 169).

Extirpation du larynx. — Le Dr F. Lange rapporte dans les archives de laryngologie de New-York (vol. I, p. 36, 1880), le cas d'un homme de soixante-quatorze ans atteint d'une tumeur occupant tout le côté droit du larynx, et contournant la base de l'épiglotte. Il fut trachéotomisé en février 1879. En octobre de la même année, les symptômes s'étaient aggravés et les aliments pénétraient dans le larynx; la tumeur qui était un fibro-sarcome, avait le volume d'une orange et s'étendait de la canule jusqu'à l'os hyoïde, passant sous le sterno-mastoïdien et repoussant les gros vaisseaux du côté droit, au point que l'on pouvait sentir les pulsations de la carotide derrière le bord postérieur de ce muscle. L'épiglotte était renversée et l'occlusion du larynx impossible; la tumeur était mobile et légèrement soulevée pendant la déglutition. Au moment où l'on sortait la canule, une masse grisâtre semblable à une mûre, et d'une consistance modérément dure, venait aussitôt faire saillie à l'extérieur, mais la cavité du larynx n'était pas encore entièrement obstruée; aucun ganglion n'était engorgé.

L'opération fut faite le 12 octobre 1879, à l'aide d'une incision verticale partant de l'os hyoïde et allant jusqu'à l'ouverture déjà faite à la trachée, et d'une incision transversale faite au sommet de la première et allant jusqu'au bord du sterno-mastoïdien de chaque côté. Une fois les deux lambeaux disséqués, la canule fut enlevée et l'incision verticale prolongée jusqu'à la fourchette du sternum. Après avoir fermé l'ouverture de la trachée avec un tampon d'amadou, le Dr Lange *enleva la tumeur, le larynx,* (sauf la partie inférieure, le cricoïde) *l'os hyoïde* et toute la paroi de l'œsophage qui étaient atteints par la maladie. Trois mois après, le malade pouvait retourner à St-Louis.

Dix-neuf cas de ce genre ont été déjà publiés et 13 se sont terminés par la mort. L'opération a été faite trois fois pour des sarcomes, 15 fois pour des carcinomes et une fois pour une périchondrite de cause inconnue. (*Dublin, Journ. of. med. sc.* no CIV. Août 1880).

Extirpation complète du larynx, du pharynx, de la base de la langue, du voile du palais et des amydales.—L'opération a été faite par le professeur Caselli sur une jeune fille de dix-neuf ans, qu'il a présentée ensuite à la Société de Médecine de Bologne.

Treize mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait commencé à éprouver une douleur légère et continue à la gorge, avec une sensation de corps étrangers à ce niveau; depuis quatre mois, la douleur était devenue plus intense, et la déglutition très difficile; le mal ayant continué à faire des progrès, elle fut admise à l'hôpital le 28 août 1879, où l'on reconnut la présence d'un épithelioma du larynx, du pharynx, de la base de la langue et du voile du palais. Sur le dos de la langue se trouvaient des ulcérations profondes avec des bords saillants et indurés. Les ganglions n'étaient pas engorgés. Les deux tiers de l'épiglotte étaient entourés d'une large masse végétante, et tout le pourtour de l'orifice glottique était garni de végétations qui permettaient à peine d'introduire une bougie nº 10. La respiration était gênée, et chaque jour le mal faisait des progrès. Le professeur Caselli se décida alors à faire l'opération qui fut pratiquée le 29 septembre; après avoir fait la trachéotomie préalable au galvano-cautère, et introduit dans l'ouverture de la trachée la canule-tampon de Trendelenburg, par laquelle on fit l'administration du chloroforme. L'opérateur fit d'abord avec le couteau galvanique, une incision médiane partant de l'incision trachéale, et allant jusqu'au bord postérieur du maxillaire inférieur, divisant les muscles sterno-hyoïdens jusqu'au niveau de leur insertion sur l'os hyoïde qu'il espérait conserver, mais qu'il fallut diviser, après avoir sectionné les ligaments thyro-hyoïdiens et crico-thyroïdiens. Dans cette première partie de l'opération, il n'eut à lier que les deux branches de la thyroïdienne supérieure. Le pharynx fut ensuite séparé sur les côtés et par derrière, et après avoir fait passer un fil de platine autour de l'œsophage pour éviter la rétraction, on sectionna ce dernier au niveau de la cinquième vertèbre cervicale. A ce moment, la malade cessa de respirer, et l'on dut pratiquer la respiration artificielle; puis l'opérateur continua à enlever une portion de la base de la langue et de l'épiglotte avec le couteau galvanique.

Le reste de l'opération fut pratiqué par la bouche maintenue ouverte à l'aide du baillon américain. Il ne fallut lier qu'un seul vaisseau pharyngien; la malade perdit environ 50 grammes de sang pendant toute l'opération, qui dura trois heures 10 minutes. On administra ensuite à la malade un peu de vin à l'aide de la sonde œsophagienne, la plaie fut soigneusemnnt nettoyée, les deux parties de l'os hyoïde suturées avec du catgut fort, et l'on mit huit sutures sur la peau.

Les suites de l'opération furent très favorables. Le professeur Caselli appliqua à la malade un larynx artificiel, et lorsqu'il la présenta à la Sociétc médico-chirurgicale de Bologne, elle pouvait avaler les solides et les liquides, et parler d'une façon intelligible (*Dublin Journ.*, Août 1880, p. 154. — Extr. dal *Bullet. del, sc. med. di Bologna,* série VI, vol. V).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1879-80.

A. Héraud. — Etude diagnostique sur deux cas de syphilome bucco-lingual (n° 344).

A. Roux — Etude sur la syphilis secondaire du larynx (n° 412).

Raoul. — Plaies du larynx, leur gravité, leur traitement.

Presse française.

De la laryngométrie, par le Dr Moura (mémoire lu à l'Académie de Médecine, séance du 24 août 1880). *Gazette des Hôpitaux* du 26 août 1880, n° 99.

Testicule tuberculeux, Otite suppurée, hémiplégie, mort, par M. Hue, interne des Hôpitaux de Paris (*Progrès médical*, 28 août 1880, n° 35).

De la voix eunuchoïde, sa pathogénie, son traitement, par le Dr Ed. Fournié (*Gazette des Hôpitaux* du 7 septembre 1880, n° 104).

De la coqueluche, par le Dr Cadet de Gassicourt. Leçons cliniques recueillies par M. R. Leclerc, interne du service (*France médicale* des 8 et 11 septembre 1880, nos 72 et 73).

Du rôle physiologique de la trompe d'Eustache (nouvelles expériences), par le Dr Ed. Fournié *(Gaz. des hôp.*, 16 septembre 1880, n° 108).

Hémiglossite. — Observations du Dr Huchard, à l'hôpital Lariboisière *(Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, septembre 1880).

Laryngite striduleuse, nécessitant la trachéotomie, par le Dr E. Demange, dans la *Rev. médic. de l'Est (Journ. de méd. et de chir. prat.*, septembre 1880).

Presse étrangère.

Nouveau traitement du relâchement de la membrane du tympan par le collodion élastique. Dr Mekeown de Belfast. (*The Med. Record* du 21 août 1880, p. 209. Etrait du *Dublin Journ. of. med. scienc.* June 1880).

De l'emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie, par le Dr J. Bœckel (*Gazette médicale de Strasbourg* 1er septembre 1880).

Ouvrages déposés au bureau du journal.

Du catarrhe nasal chronique et de l'ozène, par le Dr Emile Tillot (Paris, 1879. — Masson, libraire-éditeur).

Manuel de laryngoscopie et de laryngologie, du Dr Cadier; résumé de son cours à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, (1878-79) avec 23 figures dans le texte (Paris, 1880. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, libraires-éditeurs).

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER, 16, rue Cabirol.